



Hamaspik Medicare Select (HMO D-SNP) 是由 Hamaspik Inc. 提供。

2027 年度变更通知

您已参保 Hamaspik Medicare Select 计划。

本资料介绍了我们计划明年的费用和福利变化。

- 您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日期间更改您明年的 Medicare 承保范围。如果您在 2026 年 12 月 7 日之前没有加入其他计划，您将继续留在 Hamaspik Medicare Select 计划中。
- 如需更换到其他计划，请访问 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) 或查看您的《Medicare & You 2027》手册背面的列表。
- 请注意，这只是关于变更的摘要。有关费用、福利和规则的更多信息，请参阅《承保范围说明书》。请访问 <https://www.hamaspik.com/members/medicare-select#resources> 获取副本，或拨打 1-888-426-2774 致电会员服务部门（TTY 用户请拨打 711）要求邮寄副本。您也可以查阅另行邮寄的《承保范围说明书》，了解其他福利或费用变更是否会影响到您。

更多资源

- 本资料可免费提供西班牙语版本。Este EOC esta disponible en espanol. Por favor, llame a servicios para miembros.
- 如果您的母语不是英语，我们的会员服务部门可以为您提供口译服务帮助。如需了解更多信息，请拨打 1-888-426-2774 致电会员服务部门。
- 如需了解更多信息，请拨打 1-888-426-2774（TTY 用户请拨打 711）致电会员服务部门。服务时间为每周 7 天，从上午 8:00 到晚上 8:00，从 10 月 1 日至 3 月 31 日。

从 4 月 1 日到 9 月 30 日，我们的会员服务部门的工作时间为周一至周五，上午 8:00 至晚上 8:00。本次通话免费。

- 此资料还提供其他格式，例如大字号版和盲文版。
如需了解更多信息，请拨打以上电话号码，致电会员服务部门。

关于 Hamaspik Medicare Select

- Hamaspik Medicare Select 由一家私营公司运营。与所有 Medicare Advantage 计划一样，这项 Medicare 特殊需求计划也获得了 Medicare 的批准。我们的计划还与纽约州 Medicaid 计划签订了书面协议，以协调您的 Medicaid 福利。
- 本资料中出现的“我们”、“我方”或“我们的”均指 Hamaspik Inc.；出现的“计划”或“我们的计划”均指 Hamaspik Medicare Select。
- **如果您在 2026 年 12 月 7 日之前不采取任何行动，您将自动参保 Hamaspik Medicare Select 计划。**从 2027 年 1 月 1 日起，您将通过 Hamaspik Medicare Select 获得医疗和药物承保。有关如何更换计划以及更改截止日期的更多信息，请参阅第 2 节。

目录

2027 年重要费用摘要	4
第 1 节 下一年度福利和费用的变更	7
第 1.1 节 月度计划保费的变更	7
第 1.2 节 自付费用上限的变更	7
第 1.3 节 提供者网络的变更	8
第 1.4 节 药房网络的变更	9
第 1.5 节 医疗服务福利和费用的变更	9
第 1.6 节 D 部分药物承保的变更	10
第 1.7 节 处方药福利和费用的变更	10
第 2 节 行政变更	13
第 3 节 如何更换计划	13
第 3.1 节 更换计划的截止日期	14
第 3.2 节 一年中是否还有其他时间可以进行更改?	14
第 4 节 获得支付处方药的帮助	15
第 5 节 有疑问?	16
从 Hamaspik Medicare Select 获得帮助	16
获得关于 Medicare 的免费咨询	17
从 Medicare 获得帮助	17
从 Medicaid 获得帮助	18

2027 年重要费用摘要

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
月度计划保费* * 您的保费可能高于此金额。 详情请参阅第 1 节。	0 美元	0 美元
免赔额	283 美元，但通过耐用医疗设备提供的胰岛素除外。 如果您符合 Medicaid 下的 Medicare 费用分摊帮助资格，则您支付 0 美元。	283 美元，但通过耐用医疗设备提供的胰岛素除外。 这是 2026 年的金额，2027 年可能会有所变化。Hamaspik Medicare Select 将在新费率发布后尽快提供更新后的费率。 如果您符合 Medicaid 下的 Medicare 费用分摊帮助资格，则您支付 0 美元。
自付费用上限 这是您为承保的 A 部分和 B 部分服务支付的 <u>最高</u> 自付金额。 (详情请参阅第 1 节。)	9,250 美元 对于承保的 A 部分和 B 部分服务，您无需支付任何自付费用来计入自付费用上限。	9,850 美元 您无需为承保的 A 部分和 B 部分服务向自付费用上限支付任何自付费用。
初级保健诊所就诊	每次就诊 20% 如果您符合 Medicaid 下的 Medicare 费用分摊帮助资格，则您很可能每次就诊支付 0 美元。	每次就诊 20% 如果您符合 Medicaid 下的 Medicare 费用分摊帮助资格，则您很可能每次就诊支付 0 美元。

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
专科诊所就诊	每次就诊 20% 如果您符合 Medicaid 下的 Medicare 费用分摊帮助资格，则您很可能每次就诊支付 0 美元。	每次就诊 20% 如果您符合 Medicaid 下的 Medicare 费用分摊帮助资格，则您很可能每次就诊支付 0 美元。
住院治疗 包括各种住院治疗，如急症护理、康复和长期护理。住院治疗从您凭医生医嘱正式入院当天开始，到您出院前一天结束。	• 1,763 美元免赔额 • 第 1-60 天： • 每天 0 美元 • 第 61-90 天： • 每天 434 美元 - 第 91 天及以后： - 每个“终身储备日” (一生最多 60 天) - 每天 868 美元 如果您符合 Medicaid 下的 Medicare 费用分摊帮助资格，则您很可能支付 0 美元。	• 1,763 美元免赔额 • 第 1-60 天： • 每天 0 美元 • 第 61-90 天： • 每天 434 美元 - 第 91 天及以后： - 每个“终身储备日” (一生最多 60 天) - 每天 868 美元 这些是 2026 年的费用分摊金额，2027 年可能会有所变更。我们将在新费率发布后尽快提供更新后的费率。 如果您符合 Medicaid 下的 Medicare 费用分摊帮助资格，则您很可能支付 0 美元。

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
D 部分药物承保 (详情请参阅第 1 节, 包括年度免赔额、初始保障阶段和灾难性保障阶段。)	D 部分药物承保免赔额 615 美元 初始保障阶段期间 0 美元: 药物层级 1: 根据您的“额外补助”层级, 您为药物支付以下金额: - 仿制药: 0 美元, 或 1.60 美元共付额, 或 5.10 美元共付额 - 品牌药: 0 美元, 或 4.90 美元共付额, 或 12.65 美元共付额 注意: 所有承保的处方药都属于同一层级。 您为该层级上每种承保的胰岛素产品每月供应支付 35 美元。 灾难性保障阶段: 在此支付阶段, 您无需为承保的 D 部分药物支付任何费用。	D 部分药物承保免赔额 700 美元 初始保障阶段期间 0 美元: 药物层级 1: 根据您的“额外补助”层级, 您为药物支付以下金额: - 仿制药: 0 美元, 或 1.65 美元共付额, 或 5.80 美元共付额 - 品牌药: 0 美元, 或 5.00 美元共付额, 或 14.40 美元共付额 注意: 所有承保的处方药都属于同一层级。 您为该层级上每种承保的胰岛素产品每月供应支付 35 美元。 灾难性保障阶段: 在此支付阶段, 您无需为承保的 D 部分药物支付任何费用。

第 1 节 下一年度福利和费用的变更

第 1.1 节 月度计划保费的变更

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
月度计划保费 (您还必须继续支付 Medicare B 部分保 费，除非 Medicaid 为您支付。)	0 美元	0 美元 您明年的计划保费没 有变更。

第 1.2 节 自付费用上限的变更

Medicare 要求所有健康计划限制您一年的自付费用金额。此限制称为自付费用上限。在您支付满此金额之后，您在当年剩余时间内通常无需为承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何费用。

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
自付费用上限 受益人、Medicaid 和其他次要保 险支付的分摊费用计入此自付费 用上限。由于我们的会员的大部	9,250 美元	9,850 美元 在您为承保的 A 部分和 B 部分服务自付满 9,850 美 元之后，您在当年剩余时 间内将无需为承保的 A 部 分和 B 部分服务支付任何 费用。

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
分费用分摊由 Medicaid 支付，很少有会员达到此自付费用上限。 您无需为承保的 A 部分和 B 部分服务的自付费用上限支付任何自付费用。 您为承保的医疗服务支付的费用（如共付额）计入您的自付费用上限。您的处方药费用不计入您的自付费用上限。		

第 1.3 节 提供者网络的变更

明年我们的提供者网络将有所变更。请查看 2027 年提供者名录 <https://www.hamaspik.com/directory-search>，了解您的提供者（初级保健提供者、专科医生、医院等等）是否在我们的网络中。以下是获取更新版提供者名录的方法：

- 访问我们的网站：www.hamaspik.com。
- 拨打 1-888-426-2774（TTY 用户请拨打 711）致电会员服务部门，获取最新的提供者信息，或要求我们邮寄提供者名录给您。

我们可能在年内变更属于我们计划网络内的医院、医生和专科医生（提供者）。如果我们的提供者在年中发生变更会影响到您，请拨打 1-888-426-2774（TTY 用户请拨打 711）致电会员服务部门，以寻求帮助。如果您的提供者退出了该计划的网络，您可能需要经历一个特殊的参保期。如需了解当网络内提供者退出我们的计划时有关您权利的更多信息，请参阅您的《承保范围说明书》第 3 章第 2.3 节。

第 1.4 节 药房网络的变更

您为处方药支付的金额可能取决于您使用哪家药房。Medicare 药物计划拥有一个药房网络。在大多数情况下，您的处方只有在我们的网络内药房配药才能获得承保。

明年我们的药房网络将有所变更。请查看 2027 年药房名录 <https://www.hamaspik.com/directory-search>，了解哪些药房在我们的合作网络中。以下是获取更新版药房名录的方法：

- 访问我们的网站：www.hamaspik.com。
- 拨打 1-888-426-2774（TTY 用户请拨打 711）致电会员服务部门，获取最新的药房信息，或要求我们邮寄药房名录给您。

我们可能在年内变更属于我们计划网络内的药房。如果我们的药房在年中发生变更会影响到您，请拨打 1-888-426-2774（TTY 用户请拨打 711）致电会员服务部门，以寻求帮助。

第 1.5 节 医疗服务福利和费用的变更

年度变更通知会告知您 Medicare 福利和费用的变更情况。

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
非处方药 (OTC) 福利	2026 年，我们每月非处方保健产品费用的承保上限为 190.00 美元。可以使用这项福利购买的产品类型已获得 CMS 批准。如果您符合资格，您可以将 190 美元月度 OTC 卡额度中的任意金额用于 SSBCI 食品和公用事业福利。	2027 年，我们每月非处方保健产品费用的承保上限为 175.00 美元。可以使用这项福利购买的产品类型已获得 CMS 批准。如果您符合资格，您可以将 175 美元月度 OTC 卡额度中的任意金额用于 SSBCI 食品和公用事业福利。

第 1.6 节 D 部分药物承保的变更

药物名录的变更

我们承保药物的列表称为处方集或药物名录。我们的药物名录副本以电子方式提供。

通过拨打 1-888-426-2774（TTY 用户请拨打 711）致电会员服务部门或访问我们的网站（<https://www.hamaspik.com/directory-search>），您可以获取完整的药物名录。

我们对药物名录进行了变更，可能包括移除或新增药物、更改某些药物的承保限制，或将其移至不同的费用分摊层级。请查看药物名录，确保您的药物明年能够获得承保，并查看是否有任何限制，或者您的药物是否已被移至不同的费用分摊层级。

药物名录的大部分变更都是在每年年初生效。但是，我们可能会做出符合 Medicare 规定的其他变更，这些变更将在当年年度内对您产生影响。我们至少每月更新一次在线药物名录，以提供最新的药物名录。如果我们做出的变更会影响您获取正在服用的药物，我们会向您发送有关该变更的通知。

如果您在年初或年内受到药物承保变更的影响，请查阅《承保范围说明书》第 9 章，并与您的处方医生沟通以了解您的选择，例如申请临时供应、申请例外和/或寻找新药物。如需了解更多信息，请拨打 1-888-426-2774（TTY 用户请拨打 711）致电会员服务部门。

第 1.7 节 处方药福利和费用的变更

您是否获得支付药物承保费用的额外补助？

如果您参加了帮助支付药物费用的计划（额外补助），有关 D 部分药物费用的信息可能不适用于您。我们还附上了一份单独的材料，名为《适用于获得处方药额外补助人士的承保范围说明附加条款》，其中对您的药物费用进行了说明。如果您获得了额外补助，但没有在此资料包中收到此材料，请拨打 1-888-426-2774（TTY 用户请拨打 711）致电会员服务部门，并索取 LIS 附加条款。

药物支付阶段

药物支付分为 3 个阶段：年度免赔额阶段、初始保障阶段和灾难性保障阶段。

- 阶段 1：年度免赔额

您每个日历年都从此支付阶段开始。在此阶段，您支付 D 部分药物的全部费用，直到达到年度免赔额。

- 阶段 2：初始保障

在支付年度免赔额后，您将进入初始保障阶段。在这个阶段，我们的计划会支付您药物费用中其应承担的部分，您支付您应承担的部分。通常情况下，您会一直处于这个阶段，直到您的年初至今自付费用达到 2,400 美元。

- 阶段 3：灾难性保障

这是药物支付的第三个也是最后一个阶段。在这个阶段，您无需为承保的 D 部分药物支付任何费用。您通常在当年剩余时间内停留在此阶段。

承保缺口折扣计划已被制造商折扣计划取代。根据制造商折扣计划，药物制造商在初始保障阶段和灾难性保障阶段支付我们计划为承保的 D 部分品牌药和生物制剂的全部费用的一部分。制造商根据制造商折扣计划支付的折扣不计入自付费用。

阶段 1 中的药物费用：年度免赔额

下表显示了您在此阶段每张处方的费用。

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
年度免赔额	615 美元	700 美元

阶段 2 中的药物费用：初始保障

表格显示了您在网络内药房以标准费用分摊配取一个月供应量时每张处方的费用。

大多数成人 D 部分疫苗都免费为您承保。有关疫苗费用的更多信息，或有关邮购处方费用的信息，请参阅《承保范围说明》第 6 章。

在您为承保的 D 部分药物自付满 2,400 美元之后，您将进入下一阶段（灾难性保障阶段）。

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
所有承保的处方药都属于同一层级	根据您的“额外补助”层级，您为药物支付以下金额： - 仿制药： 0 美元，或 1.60 美元共付额，或 5.10 美元共付额，或每张处方不超过 25% 的共同保险。 - 品牌药：0 美元，或 4.90 美元共付额，或 12.65 美元共付额，或每张处方不超过 25% 的共同保险。 注意： 费用分摊基于您的“额外补助”层级。	根据您的“额外补助”层级，您为药物支付以下金额： - 仿制药： 0 美元，或 1.65 美元共付额，或 5.80 美元共付额，或每张处方不超过 25% 的共同保险。 - 品牌药：0 美元，或 5.00 美元共付额，或 14.40 美元共付额，或每张处方不超过 25% 的共同保险。 注意： 费用分摊基于您的“额外补助”层级。

第 2 节 行政变更

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
药物福利管理机构 (PBM)	Prime Therapeutics 负责管理您的药房福利，包括理赔处理和药房网络管理。	MedImpact 负责管理您的药房福利，包括理赔处理和药房网络管理。您承保的药物和药房网络可能会在 2027 年发生变更。

第 3 节 如何更换计划

要继续留在 Hamaspik Medicare Select，您无需做任何事情。除非您在 12 月 7 日之前注册其他 Medicare 健康计划或更改为 Original Medicare，否则您将自动参保我们的 Hamaspik Medicare Select 计划。

如果您想为 2027 年更换计划，请按以下步骤操作：

- **要更换到其他 Medicare 健康计划**，请参保新计划。您将自动从 Hamaspik Medicare Select 计划中退保。请记住，并非所有 Medicare 健康计划都承保处方药。另外，请注意，对于许多计划，您不能同时加入 Medicare 健康计划和购买处方药计划。
- **要更改为带有单独 Medicare 药物承保的 Original Medicare**，您可以参保 D 部分计划，并且您将自动从 Hamaspik Medicare Select 退保。
- **要更改为不带药物计划的 Original Medicare**，您可以向我们发送书面退保请求。如需了解更多操作信息，请拨打 1-888-426-2774（TTY 用户请拨打 711）致电会员服务部门。或者，拨打电话 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 致电 Medicare 并要求退保。TTY 用户可以拨打 1-877-486-2048。

- **要了解有关 Original Medicare 和不同类型 Medicare 计划的更多信息**，请访问 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)、查阅《Medicare & You 2027》手册、致电您所在州的健康保险援助计划（请参阅第 5 节），或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。提醒一下，Hamaspik Inc. 还提供其他 Medicare 健康计划。这些其他计划在承保范围、月度计划保费和费用分摊金额方面可能有所不同。

第 3.1 节 更换计划的截止日期

Medicare 参保人可以在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日期间更改其承保范围。

如果您已参保 2027 年 1 月 1 日生效的 Medicare Advantage 计划，并且不喜欢您选择的计划，您可以在 2027 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期间切换到其他 Medicare 健康计划（无论是否包含 Medicare 药物承保），或者切换到 Original Medicare（无论是否包含单独的 Medicare 药物承保）。

第 3.2 节 一年中是否还有其他时间可以进行更改？

在某些情况下，人们可能在年内有其他机会更改其承保范围。例如包括以下人群：

- 参保 Medicaid
- 获得支付药物费用的额外补助
- 参保或正在退出雇主提供的医疗保险
- 搬出我们计划的服务区域

由于您有 Medicaid，您可以在一年中的任何月份通过选择以下 Medicare 选项之一来结束您在我们计划中的会员资格：

- 带有单独 Medicare 处方药计划的 Original Medicare，
- 不带单独 Medicare 处方药计划的 Original Medicare（如果您选择此选项，Medicare 可能会为您参保药物计划，除非您已选择退出自动参保。），或者
- 如果符合资格，即可获得综合性 D-SNP，该计划在一个计划中提供您的 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 福利和服务。

如果您最近搬入或目前居住在某机构（如专业护理机构或长期护理医院），您可以**随时**更改您的 Medicare 承保范围。您可以随时更换为任何其他 Medicare 健康计划（无论是否包含 Medicare 药物承保），或者切换到 Original Medicare（无论是否包含单独的 Medicare 药物承保）。如果您最近搬出了医疗机构，在搬出后的 2 个完整月内您有机会更换计划或切换到 Original Medicare。

第 4 节 获得支付处方药的帮助

您可能会有资格获得处方药费用方面的帮助。可以获得多种类型的帮助：

- **Medicare 的额外补助。**收入有限的人士可能有资格获得额外补助来支付其处方药费用。如果您符合资格，Medicare 可为您支付高达 75% 或更多的药品费用，包括每月药物计划保费、年度免赔额和共同保险。此外，符合资格的人无需支付延迟投保罚金。如需了解您是否符合资格，请致电：
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 。TTY 用户可以拨打 1-877-486-2048，每周 7 天，每天 24 小时提供服务。
 - 周一至周五上午 8:00 至晚上 7:00，可拨打社会安全局电话 1-800-772-1213 联系代表。全天 24 小时提供自动留言服务。TTY 用户可以拨打 1-800-325-0778。
 - 您所在州的 Medicaid 办公室。
- **来自您所在州药物援助计划 (SPAP) 的帮助。**纽约有一项名为“老年人药物保险计划”（又称 EPIC）的计划，旨在根据人们的经济需求、年龄或医疗状况，帮助他们支付处方药费用。如需了解有关该计划的更多信息，请咨询您所在州的健康保险援助计划 (SHIP)。要获取您所在州的电话号码，请访问 shiphelp.org 或致电 1-800-MEDICARE。
- **为 HIV/AIDS 患者提供处方药费用分摊援助。**AIDS 药物援助计划 (ADAP) 帮助确保符合 ADAP 资格的 HIV/AIDS 患者能够获得拯救生命的 HIV 药物。要符合您所在州运营的 ADAP 资格，您必须满足某些条件，包括州居住证明和 HIV 状况证明、州定义的低收入，以及无保险/保险不足状况。也由 ADAP 承保的 Medicare D 部分药物有资格通过纽约 AIDS 药物援助计划 (ADAP) 获得处方费用分摊帮助。有关资格标准、承保药物、如何参保该计划，或者如果您目前已参保，如何继续获得帮助的信息，

请致电纽约 AIDS 药物援助计划 (ADAP)。打电话时，务必告知他们您的 Medicare D 部分计划名称或保单号码。

- **Medicare 处方付款计划。** Medicare 处方付款计划是一种支付选项，可与您当前的药物保险配合使用，通过将我们计划承保的药物的自付费用分摊到整个日历年（1 月至 12 月），帮助您管理这些费用。任何拥有 Medicare 药物计划或带有药物承保的 Medicare 健康计划（如带有药物承保的 Medicare Advantage 计划）的人士都可以使用此付款选项。如果您参加了 Medicare 处方付款计划，并且继续参加同一个 D 部分计划，您的参与资格将在 2027 年自动续期，您无需提交新的选择请求即可在 2027 年继续参与。
- **此付款选项可能帮助您管理开支，但不会为您省钱或降低您的药物费用。**

对于符合资格的人来说，从 Medicare 获得额外补助以及从 SPAP 和 ADAP 获得帮助，比参加 Medicare 处方付款计划更有利。如需了解有关此付款选项的更多信息，请致电 1-888-426-2774（TTY 用户请拨打 711）或访问 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)。

第 5 节 有疑问？

从 Hamaspik Medicare Select 获得帮助

- **请拨打 1-888-426-2774 致电会员服务部门。（TTY 用户请拨打 711。）**

从 2026 年 10 月 1 日至 2027 年 3 月 31 日，我们每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供电话服务。从 2027 年 4 月 1 日至 2027 年 9 月 30 日，我们的会员服务部门将在周一至周五上午 8:00 至晚上 8:00 提供服务。拨打这些号码免费。

- **请阅读您的 2027 年《承保范围说明书》**

本年度变更通知为您提供 2027 年福利和费用变更的摘要。有关详情，请参阅 Hamaspik Medicare Select 2027 年《承保范围说明书》。《承保范围说明书》是对我们计划福利具有法律效力的详细描述。它解释了您的权利以及您需要遵循的规则，以获得承保服务和处方药。请访问我们的网站 www.hamaspik.com 获取《承保范围说明书》，或拨打 1-888-426-2774（TTY 用户请拨打 711）致电会员服务部门，要求我们邮寄一份副本给您。您也可以查阅另行邮寄的《承保范围说明书》，了解其他福利或费用变更是否会影响您。

- 访问 www.hamaspik.com

我们的网站会提供关于我们提供者网络（提供者目录/药房名录）和我们承保药物名录（处方集/药物名录）的最新信息。

获得关于 Medicare 的免费咨询

州健康保险援助计划 (SHIP) 是一个独立的政府计划，每个州都有训练有素的咨询人员。在纽约，SHIP 被称为健康保险信息、咨询和援助计划 (HIICAP)。

致电健康保险信息、咨询和援助计划 (HIICAP) 即可获得免费的个性化健康保险咨询。他们可以帮助您了解您的 Medicare 和 Medicaid 计划选择，并解答有关更换计划的问题。请拨打 1-800-701-0501，致电健康保险信息、咨询和援助计划 (HIICAP)。如需了解有关健康保险信息、咨询和援助计划 (HIICAP) 的更多信息，请访问 <https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs>。

从 Medicare 获得帮助

- **致电** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您可以拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每周 7 天，每天 24 小时提供服务。TTY 用户可以拨打 1-877-486-2048。

- **与** [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) 在线聊天

您可以在 [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.Medicare.gov/talk-to-someone) 进行在线聊天。

- **写信给** Medicare

您可以写信给 Medicare，地址是：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **访问** [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)

Medicare 官方网站有关于费用、承保范围和质量星级评级的信息，帮助您比较您所在地区的 Medicare 健康计划。

- **阅读《Medicare & You 2027》**

《Medicare & You 2027》手册每年秋季都会邮寄给 Medicare 的参保人。它概述了 Medicare 的福利、权利和保障，并解答了有关 Medicare 的最常见问题。请访问 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) 或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取副本。TTY 用户可以拨打 1-877-486-2048。

从 Medicaid 获得帮助

请拨打 1-800-541-2831 致电纽约州 Medicaid 计划，服务时间为周一至周五上午 8:00 至晚上 8:00，周六上午 9:00 至下午 1:00。TTY 用户可拨打 711 获取有关 Medicaid 参保或福利问题的帮助。您也可以在其网站 https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ 找到有用的信息

Hamaspik Medicare Select 和 Hamaspik Medicare Choice

语言协助服务及辅助工具和服务可用性通知

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-888-426-2774 (TTY 711) or speak to your provider.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, dispone de servicios gratuitos de asistencia lingüística. También dispone de recursos y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-888-426-2774 (TTY 711) o hable con su proveedor.

Chinese Mandarin: 注意：如果您讲中文普通话，我们提供免费的语言协助服务。此外，我们还免费提供相应的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。请致电 1-888-426-2774 (TTY 711)X 或联系您的服务提供商。

Chinese Cantonese: 注意：如果您講粵語，我們可以為您提供免費的語言協助服務。還免費提供適當的輔助工具 and 服務，以可存取的格式提供資訊。請致電 1-888-426-2774 (TTY 711)X 或與您的提供者聯絡。

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-888-426-2774 (TTY 711) o makipag-usap sa iyong provider.

French: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir de l'information dans des formats accessibles sont également offerts gratuitement. Composez le 1-888-426-2774 (TTY 711) ou parlez-en à votre fournisseur.

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-888-426-2774 (TTY 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenten-Angebote zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Angebote zur barrierefreien Informationsbereitstellung sind kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-888-426-2774 (TTY 711) an oder wenden Sie sich an Ihren Anbieter.

Korean: 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-888-426-2774 (TTY 711)X 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-888-426-2774 (TTY 711)X или обратитесь к своему поставщику услуг.

Arabic: تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-888-426-2774 (TTY 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-888-426-2774 (TTY 711)X पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italian: ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-888-426-2774 (TTY 711) o rivolgiti al tuo fornitore.

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, estão disponíveis para si serviços gratuitos de assistência linguística. Os recursos auxiliares e os serviços adequados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-888-426-2774 (TTY 711)X ou fale com o seu fornecedor.

French Creole: ATANSYON: Si ou pale Kreyòl, sèvis asistans lang gratis la disponib pou ou. Zouti ak sèvis yo ki bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele 1-888-426-2774 (TTY 711)X oswa pale ak founisè ou.

Polish: UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-888-426-2774 (TTY 711)X lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Japanese: 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-888-426-2774 (TTY 711)X までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

表格已批准

表格 CMS-10802

OMB# 0938-1421